

El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina



Agustina Ramón Michel* y Agostina Allori**

* Profesora de derecho de la Universidad de Palermo e investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). LLM (Latin Magister Legum) por la Universidad de Texas.
** LLM (Latin Magister Legum) por la Universidad de Michigan.

Introducción

Las mujeres han experimentado durante el parto institucional maltratos, abuso sexual, tratos discriminatorios, sobremedicalización, tratamientos no consentidos, violación de la confidencialidad, comportamientos negligentes, condiciones de infraestructura inviables, pero no fue si no recientemente que estas situaciones fueron visibilizadas e identificadas como violaciones de derechos. (Althabe *et al.*, 2006; Boren *et al.*, 2015; Carroli y Mignini, 2009; World Health Organization, 2015).

En su clásico artículo, *“Throwing like a girl: A phenomenology of feminine body comportment motility and spatiality”* (1980), Iris Marion Young describe a las mujeres como cautelosas sobre sus cuerpos, con una autoimagen corporal limitada y sentimientos de incapacidad. A partir del retrato de las distintas formas en que las niñas y los niños lanzan una pelota, Young analiza fenomenológicamente cómo experimentamos nuestros cuerpos, los comportamientos de estos, las maneras de movernos y las relaciones con el espacio. “Lanzas la pelota como una niña” ha sido un insulto y un recordatorio: la mayoría de las mujeres han aprendido a desconfiar de sus habilidades corporales, a no explorar sus potencialidades, a hacer usos acotados del espacio. Según Young, las mujeres fueron entrenadas en una supuesta fragilidad, físicamente inhibidas, disponibles físicamente para otros, confinadas, objetivadas. Este fenómeno se ha reproducido en las salas de parto. A las mujeres se les dijo cómo parir según reglas y prácticas de “otros” que “saben más” bajo la promesa de que así “estarían a salvo sus bebés y ellas”. Separarse de sus cuerpos, obedecer, aguantar, porque “no pueden [aguantar]” aunque si pueden, esto también ha estado en la conciencia individual y colectiva de las mujeres.

Hacia mediados de 1980 en el ámbito internacional comenzó a surgir la idea de que las mujeres tienen derechos durante el parto, que terminó de institucionalizarse más recientemente con evidencias sanitarias y relatos de experiencias, legislaciones específicas, declaraciones de Organización Mundial de la Salud (OMS), informes de organismos de derechos humanos, etcétera. A lo largo de estos años, este reconocimiento jurídico se fue densificando de la mano de los desarrollos del derecho a la salud, el reconocimiento de los *derechos sexuales y reproductivos* (DS y R), la mortalidad materna como parte de la agenda de los derechos humanos, el movimiento en contra de la violencia de género y, en menor medida, los derechos de los pacientes.

Uno de los desafíos contemporáneos es pasar de la enunciación abstracta a la aplicación concreta de los derechos, obligaciones y estándares también en este tema. En este sentido, el *enfoque basado en derechos humanos* (EBDH) ofrece oportunidades para diseñar y aplicar políticas vinculadas al parto respetado, conectadas con los desarrollos en el derecho a la salud, DS y R, etcétera, y enfatizando los mecanismos de rendición de cuentas.

En este trabajo presentamos el EBDH, advertimos sus potencialidades para la implementación de las normas de parto respetado y analizamos, bajo este enfoque, la legislación específica argentina tanto nacional como provincial.

1. El parto respetado bajo un enfoque de derechos

No fue si no recientemente que espacios institucionales de la comunidad internacional y nacionales se voltearon a “ver” los maltratos sufridos por las mujeres, al ritmo de la incidencia de organizaciones de mujeres, profesionales comprometidos¹ y evidencias, construyendo una preocupación global en torno a las prácticas médicas en la atención del parto (Erdman, 2015; Sadler *et al.*, 2016). La declaración de la OMS en 2014 posiblemente sea la síntesis del reconocimiento global acerca del problema de los maltratos en el parto, si bien ya en 1985 la OMS había mostrado preocupación por la sobremedicalización del parto, tomó casi treinta años para que lanzara la primera declaración, hoy cardinal, sobre prevención y eliminación de la falta de respeto y abuso durante el parto en los servicios de salud (WHO, 2014).

Por otro lado, desde la IV Conferencia Internacional de Poblaciones y Desarrollo en El Cairo (1994) se fue construyendo el consenso de trabajar los temas de la reproducción y sexualidad bajo un enfoque basado en derechos humanos (EBDH). Desde entonces, la agenda de DS y R y salud materna se fue expandiendo a otros temas, incluido el parto respetado.

El encuadramiento del parto como un asunto de derechos ha creado oportunidades para nombrar las injusticias y violencias institucionales, las desigualdades sociales y reclamar por cambios concretos y más amplios, incluyendo el cuestionamiento de lo que sucede en la relación médico-paciente (Erdman, 2015).

Más allá de la importancia de que el campo de la salud y los derechos humanos haya dirigido la mirada al ambiente de la relación médico-paciente, el EBDH exige no restringirse a la atención médica individual, sino analizar la discriminación estructural que enfrentan las mujeres en los sistemas de salud y en otros ámbitos de la vida pública y privada, en los determinantes sociales de la salud (Naciones Unidas, 2012; Yamin, 2010).

La aplicación del EBDH a la salud materna va más allá de las respuestas técnicas: permite explorar las causas de maltratos en el sistema de salud en el contexto del parto y conectarlas con las inequidades de género, clase, raza, etcétera. (Yamin, 2013).

Uno de los desafíos actuales es la aplicación concreta de los marcos normativos de los derechos humanos, el uso de este repertorio de derechos no debería reducirse a su utilización en litigios o declaraciones. El EBDH puede emplearse en la incidencia, creación y aplicación de reglas legales, litigios, diseño y gestión de programas y prestación de servicios de salud dedicados al parto (Grukin *et al.*, 2008). En este contexto, las “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a

1. En este trabajo utilizaremos de modo indistinto la “a”, la “o” y la letra equis “x” para pluralizar las palabras que designen a un grupo de individuos de géneros diversos, entendiéndose en todos los casos, salvo aclaración en contrario, que nos referimos a cualquier género.

reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad” elaboradas por las Naciones Unidas son una buena muestra de operacionalización del uso de los derechos humanos (NU, 2012).

Siguiendo este documento, el EBDH en el ámbito de la salud materna implica, entre otras cuestiones (NU, 2012; Yamin, 2013):

- a) Aplicar un paradigma de la salud de modo integral y no una atención aislada.
- b) Enmarcar la salud materna y la reducción de las muertes asociadas al embarazo dentro de la salud y los DS y R (trabajo en consejería, provisión de métodos anticonceptivos y aborto).
- c) Que el Estado trabaje sobre los determinantes sociales de la salud.
- d) El reconocimiento de las mujeres no como beneficiarias pasivas u objetos de políticas de salud, sino como titulares de derechos con capacidad para decidir acerca de sus vidas y participar en las medidas para mejorar la salud reproductiva y materna.
- e) Prestar especial atención a las actitudes, prácticas, mecanismos y estructuras discriminatorias, sobre todo en relación con las mujeres que sufren múltiples formas de discriminación (interseccionalidad).
- f) La existencia de ciertos principios que guíen la discusión, el diseño, la reforma e implementación de políticas, programas y servicios, a saber:
 - » empoderamiento
 - » equidad y no discriminación
 - » transparencia
 - » participación
 - » sostenibilidad
 - » asistencia internacional
 - » rendición de cuentas

Nos detendremos en la rendición de cuentas, pues es un componente deficitario y poco explorado. La rendición de cuentas supone responsabilizar a los actores por sus acciones en base a estándares de conducta y desempeño. Sus principales objetivos son disuasivos y transformadores, a diferencia de lo que usualmente sucede. En el diseño legislativo, así como en la práctica, la tendencia es ofrecer mecanismos de rendición de cuentas acotados, verticales y sancionatorios. Asimismo, desde el EBDH la rendición de cuentas es relacional, esto quiere decir que esta siempre es “ante alguien”. Por tanto, debe promocionarse la participación tanto de las personas afectadas por las políticas, programas y servicios de salud, como de las organizaciones de la sociedad civil (Yamin, 2010). Por otro lado, los típicos mecanismos de rendición de cuentas verticales y sancionatorios sugieren que hay un “culpable individual”, invisibilizando las deficiencias y violencias, estructurales, en vez de idear mecanismos que faciliten el diálogo, la sensibilización, la asunción de responsabilidad sin reacciones defensivas por parte de los profesionales de la salud. Esto se asocia con el objetivo transformador de la rendición de cuentas, que permite no solo mirar hacia atrás, sino también “mirar hacia adelante” (Amnistía Internacional, 2009).

2. La institucionalización jurídica del parto respetado en la Argentina²

2.1. El cambio de paradigma jurídico

El parto respetado es un tópico en proceso de construcción e institucionalización jurídica en la Argentina, en donde la Ley 25929 sobre los Derechos de los Padres y de la Persona Recién Nacida (conocida como ley de parto respetado o humanizado) ha constituido un episodio jurídico clave.

2. La normativa expuesta surge de la investigación que realizamos para este trabajo. Además de las leyes nacionales y provinciales buscamos regulaciones administrativas más específicas, pero registramos barreras en el acceso a la información en la mayoría de las provincias, por lo que no se puede determinar con precisión si contamos con todas las normas vigentes. Contactamos a la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia, al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación y a la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG), para saber si existe un relevamiento de los protocolos y guías vigentes de parto respetado a nivel provincial. Todas señalaron que tal elaboración es una asignatura pendiente.

La Argentina cuenta con un marco jurídico denso, formado por reglas, derechos y obligaciones sobre maternidad, DS y R, violencias de género, médicas y de responsabilidad profesional, salud pública, derecho a la salud y derechos de los pacientes con distinto valor jurídico y, al mismo tiempo, con normativas específicas sobre parto respetado, que vienen tanto del ámbito nacional como del global. Forman parte del contexto normativo más cercano la Ley 26529 sobre los Derechos del Paciente y su Decreto Reglamentario 1089/2012, la Ley 26485 de Protección Integral a las Mujeres para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia y su Decreto Reglamentario 1011/2010.

Si bien hasta 2005 existía un vacío jurídico sobre parto respetado en el ámbito nacional, regido por reglas formales e informales, muchas de las veces paternalistas si no violentas, tres provincias ya habían desarrollado normativas sobre el tema.

En 1996, Corrientes se convirtió en la primera provincia con una legislación específica, la Ley 5146 creó el “Programa de Acción en Favor de la Salud de la Mujer y el Niño”, le siguió en 1998, Río Negro con la Ley 3263 de “Protección de la Mujer Embarazada”, una normativa vanguardista (como lo fue con otras leyes del campo de los DS y R), tanto por su anticipación temporal como por el reconocimiento de los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, hasta entonces inexistente en el derecho argentino, y que luego serían retomados por la Ley Nacional. Un par de años después, en 2003, la Ciudad de Buenos Aires sancionó la Ley 1040, una ley más bien escueta, que se limita a reconocer el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante el parto.

El resto de las provincias se subió a la ola regulatoria sobre parto respetado luego de la aprobación de la Ley nacional 25929 en 2004, ya sea adhiriendo o sancionado sus propias leyes.³

2.2. Análisis de la ley de parto respetado desde un enfoque de derechos

El combo regulatorio específico del parto respetado en el ámbito nacional está conformado por la Ley 25929, su Decreto Reglamentario 2035/2015 y por la *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia* del Ministerio de Salud de la Nación y Unicef. El objetivo de esta sección es examinar si este combo acoge un EBDH a partir del análisis de algunas dimensiones, varias tomadas de la *Guía de Naciones Unidas* (2012) que aplica el EBDH a la salud materna.

Terminología: la ley no incluye los términos parto respetado ni humanizado. El decreto, por su parte, alude a la ley como “Ley de Parto Humanizado” (posiblemente de ahí venga la costumbre de llamarla de ese modo) y menciona que debe brindarse a las mujeres un “trato digno, respetuoso e individual”. Mientras que la ley no alude a “maltratos” ni “violencia obstétrica”, el decreto obliga a cumplir con la Ley de Protección Integral de las Mujeres (26485), y la guía no habla de parto respetado ni humanizado, tampoco de violencia obstétrica.

Derechos: la ley establece una serie de derechos pero no los enmarca como derechos DS y R. Reconoce el derecho a la autonomía de las mujeres, que comprende el de optar entre las alternativas disponibles y a ser consideradas personas sanas. La privacidad es resguardada a partir de un trato personalizado, capaz de garantizarle intimidad durante todo el proceso. Por su parte, el decreto amplía el contenido del derecho a la autonomía, señalando el derecho a decidir la forma en que se va a transitar el trabajo de parto (deambulación, analgesia, posición y acompañamiento). En tanto la guía solo alude al derecho a estar acompañadas durante el parto.

3. Se registra un antecedente nacional del 7 de julio de 1999: un proyecto de ley de “apoyo emocional y psico-social en el parto” presentado por el Senador Vaquier, representante de Santiago del Estero, y de autoría del Senador de la Rosa, mencionado por el Senador Menem en la discusión en la Cámara de Senadores en 2004. (1999). Versión taquigráfica de la 31ª reunión, 13ª sesión ordinaria. Senado de la Nación y (2004). Versión taquigráfica de la 10ª reunión, 8ª sesión ordinaria Senado de la Nación.

Obligaciones: la ley no hace mención sobre “profesionales de la salud” ni “médicos” ni “obstétricas”; solo se centra en los derechos a recibir información, pero no señala lxs obligadxs. El decreto reglamentario menciona una única vez al “equipo médico interviniente”.

Participación: esta es una dimensión desarrollada parcialmente por las tres normas del combo. La ley enfatiza que las mujeres deben ser las protagonistas de sus partos. Además, esta involucra a otro actor –el padre–, quien también tiene derecho a recibir información completa, a tener acceso continuado a sus hijxs y a poder tomar decisiones en relación con ellxs. El decreto continúa esta línea. Por su parte, la guía se enfoca en la participación activa de los miembros de la familia. Sin embargo, ninguna de estas normas incorpora la participación en una dimensión más institucional, de modo que actores de la sociedad civil se involucren en el diseño, implementación y monitoreo de lo relacionado al parto respetado.

Igualdad y no discriminación: la ley indica que deben tenerse en cuentas las preferencias culturales de las mujeres. El decreto avanza y establece el derecho a no ser discriminada “... por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier índole...”, en consonancia con la Ley 26485. Además, puntualiza que el género, parentesco, edad u otro requisito no deben impedir que una persona sea acompañante. La guía también recepta el principio de respeto cultural. Por el contrario, en este combo regulatorio no hay especificaciones sobre edad, que hubieran sido importantes dado la discriminación a las que están expuestas y a las inconsistencias normativas vigentes respecto a las adolescentes (Por ejemplo: en algunas jurisdicciones, para que se les dé el alta en los hospitales se solía exigir que una persona mayor de edad dé su consentimiento).

Rendición de cuentas: desde un EBDH, esta dimensión resulta fundamental porque construye el cumplimiento y fortalece el potencial transformador de la normativa. Lamentablemente, la ley nacional mantiene un paradigma sancionatorio, establecido en el artículo 6. Sin embargo, vale notar que también prevé la creación de protocolos aprobados por comités de bioética, lo que podría habilitar instancias de reevaluación continua de dichos protocolos. Ni el decreto ni la guía agregan nada en este sentido.

Presupuesto: ni la ley ni el decreto reglamentario tienen consideraciones presupuestarias. Por su parte, la guía solo hace alusiones genéricas, que podrían utilizarse para cualquier establecimiento de la salud.

Del análisis surge que, si bien el combo regulatorio incorpora un lenguaje de derechos, varias dimensiones planteadas por el EBDH no fueron contempladas. De todas maneras, un efectivo EBDH se observa también en otras instancias: en el diseño y desempeño de los programas de salud, en reglas formales e informales más específicas, en los cambios en la educación y capacitación de lxs profesionales de la salud, en las campañas de difusión y concientización.

2.3. El mapa regulatorio federal⁴

De las veintitrés jurisdicciones locales, trece han adherido a la Ley 25929, ocho aprobaron su propia ley y tres no poseen una ley específica⁵. A continuación, presentamos un cuadro con las leyes vigentes de parto respetado ordenadas cronológicamente:

4. Unicef elaboró un documento con el mapeo de la legislación vigente en cuanto a parto respetado en 2013. En diálogo con ese documento, mostraremos cómo se encuentra el mapa regulatorio federal a noviembre de 2016. Véase: (2013). “Ley de Parto Respetado en la República Argentina”, Unicef.
5. Tras consultar el sitio web de la titular de la CONSAVIG, Perla Prigoshin, y el sitio LegiSalud, se corroboró que la Ciudad de Buenos Aires y todas las provincias han adherido a la Ley 26485 que, como mencionamos, contempla la violencia obstétrica como una de las formas en que se manifiesta la violencia contra las mujeres. Véase: (2013). Estado de situación - Adhesión de las provincias a la Ley Nacional 26485. En línea: <<http://perlaprigoshin.com.ar/wp-content/uploads/2015/09/MAPA-Adhesi%C3%B3n-26485-con-nombres.png>>. (Última consulta: 04/12/2016) y “Violencia de género”. En línea: <http://www.legislaud.gov.ar/atlas/categorias/violencia_genero.html>. (Última consulta: 04/12/2016).

Jurisdicción	Modalidad	Datos de la norma	Fecha
Río Negro	Normativa propia	Ley 3263	16/12/1998
Ciudad de Buenos Aires	Normativa propia	Ley 1040	12/06/2003
Nación	Normativa propia	Ley 25929	20/08/2004
Tucumán	Normativa propia	Ley 7747	10/09/2004
San Luis	Normativa propia	Ley 1-0450	21/12/2004
Córdoba	Adhesión	Ley 9227	06/04/2005
Neuquén	Normativa propia	Ley 2499	11/08/2005
Santa Fe	Normativa propia	Ley 12443	11/09/2005
Tierra del Fuego	Adhesión	Ley 691	16/03/2006
San Juan	Normativa propia	Ley 7839	01/11/2007
Misiones	Adhesión	Ley 4421	05/06/2008 (deroga una ley previa de 2005)
Mendoza	Normativa propia	Ley 8130	02/12/2009 (deroga una ley de 2004)
La Pampa	Adhesión	Ley 2594	15/10/2010
Santa Cruz	Adhesión	Ley 3196	16/12/2010
Entre Ríos	Adhesión	Ley 10035	11/10/2011
Corrientes	Adhesión	Ley 6113	23/05/2012
Chubut	Adhesión	Ley 1-541	30/10/2014
La Rioja	Adhesión	Ley 7817	17/03/2015
Chaco	Adhesión	Ley 7555	08/04/2015
Salta*	Adhesión	No disponible en páginas oficiales	21/07/2016
Jujuy	Adhesión	Ley 5952	01/09/2016
Santiago del Estero**	Adhesión	No disponible en páginas oficiales	09/11/2016
Buenos Aires	Sin ley	-----	-----
Catamarca	Sin ley	-----	-----
Formosa	Sin ley	-----	-----

* Salta habría adherido, con modificaciones, a la Ley Nacional el 21/07/2016. Sin embargo, el texto de la ley no se encuentra disponible en la página de la Cámara de Diputados ni en la de la Cámara de Senadores de dicha provincia y la del Ministerio de Salud no posee información al respecto. Véase: (2016). "El Senado aprobó con cambios la ley de parto humanizado". *Qué pasa Salta*. En línea: <http://www.quepasasalta.com.ar/noticias/salta_26/el-senado-aprobo-con-cambios-la-ley-de-parto-humanizado_153855> y (2016). "Modifican la ley de parto humanizado". *El Tribuno.info*. En línea: <<http://www.tribuno.info/modifican-ley-parto-humanizado-n740173>>. (Última consulta: 29/11/2016).

De la información relevada surge que más de la mitad de las provincias optó por adherir a la ley nacional, el mismo comportamiento legislativo que tuvieron con Ley de Protección Integral de las Mujeres (que incorpora la figura de la violencia obstétrica).

Respecto a las jurisdicciones que sancionaron su normativa propia no se observan desarrollos especialmente novedosos, con excepción de Río Negro. En este grupo de legislaciones hay dos tendencias: algunas tienen un contenido análogo a la de la ley nacional (Mendoza, San Juan y San Luis) y otras reconocen el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante el parto (Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe y Neuquén). Por su parte, Tucumán aprobó la Ley 7747, "Institución del Parto Respetado", que pone al Sistema Provincial de Salud a cargo de elaborar un programa de parto humanizado y

manda al poder ejecutivo a reglamentarla en los 90 días siguientes a su promulgación, mandato que no cumplió hasta la fecha⁶. Es decir, ninguna norma local fijó estándares más exigentes que los de la ley nacional ni aportó definiciones o mecanismos originales, con excepción de la Ley 3263 de Río Negro, anterior a la nacional.

Si bien, entonces, respecto a la primera tendencia las leyes de Mendoza, San Juan y San Luis otorgan derechos similares a los de la ley nacional, hay ciertas particularidades que son interesantes.

La ley mendocina parece incluir una función empoderadora de la información, en tanto señala que las mujeres tienen derecho a recibir educación e información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar y anticonceptivos, algo que ni la ley nacional ni el decreto reglamentario estipulan.

La ley sanjuanina prevé que la autoridad de aplicación realice campañas de concientización, una modalidad de obligación a favor de la información, empoderamiento y participación. Asimismo, esta norma alude a condiciones de infraestructura sanitaria. En este sentido, marca que la persona recién nacida tiene derecho “a que el centro asistencial o sanitario donde se le atiende, disponga de los recursos humanos y materiales necesarios para prestarle una adecuada asistencia” (artículo 3, inciso b), aunque cabe preguntarse si esa consideración rige también para la mujer parturienta. En términos de rendición de cuentas y participación, la norma prevé el derecho de todos los usuarios de los servicios sanitarios tanto públicos como privados, a plantear sugerencias y reclamos en relación con el adecuado cumplimiento de la legislación y fija como procedimiento el dispuesto por la Ley de Procedimientos Administrativos provincial. También establece que aquellos establecimientos sanitarios que a la entrada en vigencia de la ley no reúnan las condiciones necesarias deberán solicitar la exención del cumplimiento que no podrá superar los dos años.

Por último, las provincias de Buenos Aires, Catamarca y Formosa no aprobaron hasta la fecha leyes específicas. Respecto a las regulaciones administrativas tipo protocolos, solo en Buenos Aires hemos hallado la “Guía de procedimientos para el control del embarazo normal y la atención del parto de bajo riesgo”, inspirada en la Guía de la Nación. En las restantes dos provincias no hemos hallado normativas administrativas ni guías sobre el tema.

3. Breves conclusiones

Los marcos del derecho a la salud, de DS y R, de salud materna, parto respetado y de violencia de género marcan algo elemental: los problemas en salud reproductiva así como los tratos indignos o violentos recibidos por las mujeres durante el embarazo y el parto no son desventajas biológicas, mala suerte ni episodios aislados, sino injusticias fomentadas por la denigración de todo lo asociado a lo femenino, la cultura paternalista y autoritaria médica, la privatización de la relación entre médicos y pacientes, la saturación del sistema de salud, la naturalización de patrones discriminatorios reinantes tanto en prácticas como en reglas informales o incluso formales.

Más concretamente, el marco normativo en torno a garantizar partos respetados, y prevenir y desandar los abusos, maltratos y violencias experimentadas por las mujeres en ese contexto, busca sacar la relación del profesional y la mujer de la “privacidad médico-paciente”, la rendición de cuentas respecto a las fallas de los servicios y al sistema de salud, y explorar las conexiones de las experiencias de las mujeres en el

^{**} Véase: (2009). “Diputados aprobaron la adhesión a la Ley de Parto Respetado”. Ministerio de Salud - Santiago del Estero. En línea: <<http://www.msalsudsgo.gov.ar/web2/?cargar=articulo&id=1392>>. (Última consulta: 29/11/2016).

6. Esta afirmación surge de la investigación que llevamos a cabo en las plataformas de información que encontramos accesibles.

parto con la violencia de género, convirtiendo a estos asuntos en algo público, de salud pública y de derechos humanos.

Si bien el desarrollo legislativo actual en materia de parto respetado es promisorio, creemos que hacer un uso más concreto de los estándares, derechos y obligaciones ofrecidos por los marcos jurídicos existentes (no solo en este tema específico, sino también en violencia de género, derecho de las pacientes, derecho a la salud, derechos sexuales y reproductivos), mediante los lineamientos existentes del EBDH, podría arrojar buenos procesos y resultados.